

Avaliação dos atributos de acesso ao primeiro contato e longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the attributes first contact access and longitudinality in Primary Health Care

Amanda Karolina Torres Baptista¹, Flávia Martão Flório¹, Luciane Zanin¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610186P

RESUMO Este estudo avaliou os atributos de acesso de primeiro contato e longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde do município de Sinop, em Mato Grosso, segundo a visão de 32 médicos(as), 32 enfermeiros(as) e 27 dentistas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional transversal, cujos dados foram coletados por um questionário sociodemográfico e pelo instrumento PCATool, contendo 9 questões para acesso e 13 para longitudinalidade. Os escores foram padronizados para uma escala com variação de 0 a 10, sendo classificados como satisfatórios os valores $\geq 6,6$. A melhor avaliação foi o atributo da longitudinalidade, com escore médio de 6,8; o atributo acesso de primeiro contato apresentou a pior avaliação, tendo escore médio de 4,4, sem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais ($p > 0,05$). Com isso, conclui-se que há necessidade de repensar tais práticas e promover um ambiente que possibilite mudanças no contexto atual, reduzindo barreiras no acesso e proporcionando um cuidado contínuo.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Acesso aos serviços de saúde. Pessoal da saúde.

ABSTRACT This study aimed to evaluate the attributes first contact access and longitudinality of care in Primary Health Care in the municipality of Sinop, in Mato Grosso, from the perspective of 32 doctors, 32 nurses and 27 dentists. This is a quantitative, observational, cross-sectional research, whose data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment instrument (PCATool), containing 9 questions for access and 13 for longitudinality. Score values were standardized to a scale ranging from 0 to 10, with values ≥ 6.6 being classified as overwhelming. The best evaluation was the longitudinality attribute, with an average score of 6.8; the first contact access attribute presented a worse evaluation, with an average score of 4.4, with no statistically significant differences between professionals ($p > 0.05$). Therefore, it is concluded that there is a need to rethink such practices and promote a context that allows changes in the current context, reducing barriers to access and providing continuous care.

KEYWORDS Primary Health Care. Continuity of patient care. Health services accessibility. Health personnel.

¹Faculdade de Odontologia
São Leopoldo Mandic
(FOSLM) - Campinas (SP),
Brasil.
flavia.flório@slmandic.edu.br



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde e é considerada o primeiro ponto de contato do indivíduo com o serviço. Com o objetivo de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços e reconfigurar a forma de oferecer cuidados de saúde, o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo essa a principal estratégia para organizar a APS¹⁻⁴.

Segundo Starfield⁵, a APS é definida por quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. A garantia do acesso do indivíduo ao sistema de saúde é fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças e redução da morbimortalidade. Quando o acesso é garantido de forma rápida e efetiva, os problemas de saúde são identificados precocemente. Por outro lado, quando o acesso é dificultado, os indivíduos podem demorar a buscar atendimento, o que pode levar ao agravamento das condições de saúde^{5,6}.

O programa Previne Brasil, instituído pelo Ministério da Saúde em 2019, trouxe novos indicadores para avaliar a efetividade da APS no Brasil, com um foco importante na ampliação do acesso e na qualificação dos serviços. Entre esses indicadores, destacam-se a cobertura de consultas de pré-natal, a taxa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos e a cobertura vacinal, que permitem avaliar como a APS está garantindo o acesso e promovendo a saúde da população. Esses indicadores servem como ferramenta de monitoramento e incentivo financeiro, priorizando resultados e ampliando o acesso ao promover cuidados preventivos e contínuos, fundamentais para reduzir a morbidade e a mortalidade evitáveis. Com o uso dos indicadores do Previne Brasil, o governo busca aprimorar o acesso rápido e efetivo aos serviços de APS, fortalecendo o papel das equipes de saúde da família na

detecção precoce e no acompanhamento de doenças crônicas, reforçando a integralidade e a resolutividade do sistema de saúde^{2,7}.

Outro aspecto importante na atenção primária é a longitudinalidade do cuidado, que se refere ao acompanhamento contínuo do paciente por uma equipe de profissionais de saúde. Esse conceito enfatiza a importância de uma fonte regular de cuidado, facilitando a construção de uma relação duradoura entre pacientes e profissionais de saúde. A longitudinalidade está associada a diversos benefícios, incluindo uma melhor comunicação, maior adesão aos cuidados preventivos e uma redução nas taxas de hospitalização e uso de serviços de emergência⁸. Entretanto, esse atributo, muitas vezes, é prejudicado por fatores como a alta rotatividade de profissionais, o que pode comprometer o vínculo das equipes com a comunidade, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário⁵ e influenciando negativamente o alcance de bons resultados^{2,6,8-11}.

A APS no Brasil enfrenta desafios significativos para se estabelecer como a porta de entrada do sistema de saúde. Em muitos casos, ainda é vista pelos usuários como um serviço complementar focado em procedimentos simples, como a obtenção de medicamentos ou a aferição de pressão arterial, em vez de um ponto de partida integral para a promoção da saúde e prevenção de doenças¹².

Com o objetivo de compreender melhor as dificuldades envolvidas na efetividade da APS, foram desenvolvidos, na década de 1990 e no início dos anos 2000, instrumentos para avaliar a qualidade da APS. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) apresenta versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e coordenadores/gerentes do serviço de saúde. Criado por Cassady et al.¹³ e Shi, Starfield e Xu¹⁴, na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), o PCATool mede a presença e extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da

APS¹⁵. O PCATool foi validado no Brasil e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária-PCATool-Brasil¹⁶⁻¹⁸.

Estudos indicam que o desempenho da APS no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, destacando a necessidade de melhorias contínuas para garantir a efetividade da APS¹⁹. Além disso, apontam que a utilização e a acessibilidade são componentes críticos do acesso de primeiro contato, sendo fatores fortemente ligados à estrutura dos serviços de APS e influenciando diretamente a experiência do usuário^{6,20,21}.

Embora existam estudos de avaliação da APS utilizando o PCATool em diversas regiões do Brasil¹⁹⁻²⁷, estudos que tenham avaliado a visão dos profissionais de saúde sobre os atributos da APS em Sinop-MT ainda não foram realizados. Assim, este trabalho é importante para verificar as possíveis deficiências e as potencialidades do serviço orientando intervenções para minimizar os problemas identificados²⁸.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar os atributos do acesso de primeiro contato e da longitudinalidade em unidades de saúde do município de Sinop-MT, do ponto de vista dos profissionais de saúde.

Material e métodos

Este estudo quantitativo transversal, de caráter censitário, foi realizado no município de Sinop, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, no estado de Mato Grosso, com uma população de 196.312 habitantes²⁹. Na época do estudo, em julho de 2023, a rede de saúde do município contava com 24 unidades básicas de saúde, 32 equipes de Estratégia de Saúde da Família (eESF), três equipes de Atenção Primária (eAP) e, ainda, com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma policlínica 24 horas, um hospital regional e 7 centros de especialidades, incluindo médicas, odontológicas, psicossocial, psicossocial infanto-juvenil, referência em hanseníase e tuberculose,

reabilitação e saúde da mulher. As unidades de saúde funcionam das 7h às 11h e das 13h às 17h, de segunda a sexta-feira, com todos os profissionais atuando em uma carga horária de 40 horas semanais, correspondendo a uma cobertura populacional de 100%³⁰.

Este estudo abrangeu todos os 91 profissionais atuantes nas 24 unidades de saúde de Sinop-MT no ano de 2023, incluindo 32 médicos, 32 enfermeiros e 27 cirurgiões-dentistas. Foram excluídos da pesquisa os profissionais com menos de um ano de atuação na APS, pois o tempo de trabalho é considerado um fator importante na construção do vínculo com a população, no conhecimento dos processos organizacionais e na adaptação à rotina da unidade. Também foram excluídos os profissionais ausentes no momento da aplicação do questionário, devido a férias ou atestado médico.

O convite foi, inicialmente, feito aos profissionais durante as reuniões mensais promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde, em julho de 2023. Nesse encontro, foram repassadas todas as informações sobre a pesquisa, entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentados os questionários para coleta de dados. Por se tratar de um instrumento autoaplicável, os questionários foram respondidos e recolhidos na própria reunião.

Em um segundo momento, foi realizada uma busca ativa pelos profissionais que não estavam presentes na reunião, nas suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde foi seguido o mesmo protocolo.

Para caracterização dos participantes, foi utilizado questionário contendo sete questões que incluíam dados de identificação do profissional, como formação acadêmica e experiência profissional, onde foram consideradas como variáveis independentes: o sexo (masculino ou feminino); a idade, descrita em anos; o estado civil (casado(a), união estável, solteiro(a), viúvo(a), divorciado(a)); o tempo de formação, descrito em anos; o tempo de trabalho na UBS, descrito em anos; e

a modalidade de ingresso no serviço (concurso, processo seletivo ou prestador de serviço)²⁸.

O acesso de primeiro contato e a longitudinalidade do cuidado foram avaliados utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, conhecido como PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool), versão profissional, validado no Brasil em 2010¹⁴.

O acesso de primeiro contato foi medido por nove questões, enquanto a longitudinalidade foi avaliada por 13 questões. Para o cálculo do escore geral de avaliação da APS, foi realizada a soma de todas as respostas e obtida a média entre os componentes dos atributos³¹.

Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo classificado como satisfatório o escore geral $\geq 6,6$ ^{15,31}.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas e exploratórias dos dados³². As variáveis quantitativas foram descritas com médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos³³. Para as variáveis categóricas, foram utilizadas frequências absolutas e relativas. As comparações entre as diferentes classes de profissionais com relação aos escores dos atributos 'acesso de primeiro contato' e 'longitudinalidade' foram conduzidas empregando análise de variância (ANOVA *one way*). Todas as análises foram realizadas no software R³⁴,

com um nível de significância de 5%³³.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466³⁵, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como com o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019³⁶, que mantém a regulamentação do Sistema CEP/CONEP para a ética em pesquisa no País. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade proponente, registrado sob o CAEE 70227323.0.000.5374, com o parecer nº 6.135.506.

Resultados

Dos 91 profissionais convidados a participar, oito foram excluídos por tempo de serviço inferior a um ano, e 20 profissionais não estavam presentes no dia da aplicação do questionário por estarem de férias, atestado médico ou por recusaram-se a participar. A amostra final do estudo contou com 63 profissionais, correspondendo a 69,2% da população, sendo 28 médicos, 16 enfermeiros e 19 dentistas.

A análise descritiva das variáveis relativas ao perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo está descrita na *tabela 1*.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo (n=63)

Variáveis	Estatística
Profissão	-
Médico, n (%)	28 (44,4%)
Enfermeiro, n (%)	16 (25,4%)
Odontólogo, n (%)	19 (30,2%)
Sexo	-
Feminino, n (%)	47 (74,6%)
Masculino, n (%)	16 (25,4%)
Idade	
Idade média (desvio-padrão), em anos	36,5 (11,0)
Idade mínima e máxima, em anos	23,0-69,0
Estado civil	-

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo (n=63)

Variáveis	Estatística
Casado	18 (28,6%)
União estável	24 (38,1%)
Divorciado	6 (9,5%)
Solteiro	15 (23,8%)
Tempo de formação	-
Tempo médio (desvio-padrão), em anos	10,1 (10,8)
Tempo mínimo e máximo, em anos	1,0-46,0
Tempo de trabalho na UBS	-
Tempo médio (desvio-padrão), em anos	6,2 (6,8)
Tempo mínimo e máximo, em anos	1,0-28,0
Modalidade de ingresso	-
Concurso	29 (46,0%)
Prestador de serviço	15 (23,8%)
Processo seletivo	15 (23,8%)
Residência	4 (6,4%)

Fonte: elaboração própria.

A maior parte dos profissionais entrevistados era médico(a) (44,4%), do sexo feminino (74,6%), em união estável (38,1%), na faixa etária entre 26 e 69 anos e tempo médio de atuação na atenção primária de 6,2 anos. Com

relação à modalidade de ingresso no sistema, a maioria era concursada (46,0%).

A análise dos atributos 'acesso de primeiro contato' e 'longitudinalidade' em função da classe profissional está descrita na *tabela 2*.

Tabela 2. Escores dos atributos 'acesso de primeiro contato' e 'longitudinalidade' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021', em função da classe profissional

Atributo	Classe profissional						p-valor
	Médico		Enfermeiro		Odontólogo		
	Média (desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)	Média (desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)	Média (desvio-padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)	
Acesso de primeiro contato	4,3 (1,0)	4,1 (3,0-6,7)	4,5 (1,3)	4,3 (2,6-7,1)	4,4 (1,4)	4,4 (1,9-7,0)	0,8670
Longitudinalidade	7,1 (1,2)	7,2 (5,1-9,7)	6,8 (1,2)	6,8 (4,9-9,0)	6,6 (1,3)	6,4 (4,4-9,0)	0,3666

Fonte: elaboração própria.

A melhor avaliação foi o atributo da longitudinalidade, com escore médio de

6,8, sendo, então, considerado satisfatório. O atributo acesso de primeiro contato

apresentou pior avaliação, tendo escore médio de 4,4, sem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais ($p > 0,05$).

Na *tabela 3* está apresentada a análise descritiva das variáveis do atributo 'longitudinalidade'.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis do atributo 'longitudinalidade' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
No serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	8 (12,7%)
	Provavelmente, sim	34 (54,0%)
	Sim	21 (33,3%)
Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	13 (20,6%)
	Sim	50 (79,4%)
Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	34 (54,0%)
	Sim	29 (46,0%)
Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	15 (23,8%)
	Provavelmente, não	26 (41,3%)
	Provavelmente, sim	15 (23,8%)
	Sim	6 (9,5%)
Você dá aos seus pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, sim	19 (30,2%)
	Sim	42 (66,7%)
Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	22 (34,9%)
	Sim	41 (65,1%)
Você conhece mais seus pacientes como pessoas do que somente como alguém com um problema de saúde?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	9 (14,3%)
	Provavelmente, sim	28 (44,4%)
	Sim	24 (38,1%)

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis do atributo 'longitudinalidade' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	15 (23,8%)
	Provavelmente, não	26 (41,3%)
	Provavelmente, sim	16 (25,4%)
	Sim	5 (7,9%)
Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	2 (3,2%)
	Provavelmente, não	2 (3,2%)
	Provavelmente, sim	33 (52,4%)
	Sim	25 (39,7%)
Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	6 (6,5%)
	Provavelmente, não	16 (25,4%)
	Provavelmente, sim	32 (50,8%)
	Sim	9 (14,3%)
Você sabe qual é o trabalho ou emprego de cada paciente?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	11 (17,5%)
	Provavelmente, não	23 (36,5%)
	Provavelmente, sim	23 (36,5%)
	Sim	6 (9,5%)
Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	9 (14,3%)
	Provavelmente, sim	30 (47,6%)
	Sim	22 (24,9%)
Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	4 (6,4%)
	Provavelmente, não	10 (15,9%)
	Provavelmente, sim	31 (49,2%)
	Sim	18 (28,6%)

Fonte: elaboração própria.

Com relação à longitudinalidade, 33,3% dos profissionais afirmaram que os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico, enfermeiro ou dentista. A maioria, 79,4%, relatou que entende as perguntas dos pacientes, enquanto 46,0% acreditam que os pacientes compreendem o que é dito. Além disso, 66,7% afirmam dar tempo suficiente para os pacientes expressarem suas

preocupações, e 65,1% acreditam que os pacientes se sentem à vontade para compartilhar questões. Apenas 14,3% conhecem o histórico de saúde completo dos pacientes, e 28,6% sabem todos os medicamentos que eles estão tomando.

Na *tabela 4* estão apresentados os resultados da análise descritiva das variáveis do atributo 'acesso de primeiro contato'.

Tabela 4. Análise descritiva das variáveis do atributo 'acesso de primeiro contato' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
O Serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	44 (69,8%)
	Provavelmente, não	12 (19,0%)
	Provavelmente, sim	5 (7,9%)
	Sim	2 (3,2%)
O Serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20hs?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	32 (50,8%)
	Provavelmente, não	8 (12,7%)
	Provavelmente, sim	8 (12,7%)
	Sim	14 (22,2%)
Quando o serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém o atende no mesmo dia?	Não sei ou não lembro	1 (1,6%)
	Com certeza, não	1 (1,6%)
	Provavelmente, não	0 (0,0%)
	Provavelmente, sim	22 (34,9%)
	Sim	39 (61,9%)
Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	5 (7,9%)
	Provavelmente, não	14 (22,2%)
	Provavelmente, sim	33 (52,4%)
	Sim	11 (17,5%)
Quando o serviço de saúde está fechado, existe algum número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	Não sei ou não lembro	3 (4,8%)
	Com certeza, não	36 (57,1%)
	Provavelmente, não	15 (23,8%)
	Provavelmente, sim	6 (6,5%)
	Sim	3 (4,8%)
Quando o serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do serviço o atende no mesmo dia?	Não sei ou não lembro	2 (3,2%)
	Com certeza, não	42 (66,7%)
	Provavelmente, não	13 (20,6%)
	Provavelmente, sim	3 (4,8%)
	Sim	3 (4,8%)
Quando o serviço está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém do serviço o atende naquela noite?	Não sei ou não lembro	2 (3,2%)
	Com certeza, não	47 (74,6%)
	Provavelmente, não	9 (14,3%)
	Provavelmente, sim	3 (4,8%)
	Sim	2 (3,2%)
É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	2 (3,2%)
	Provavelmente, não	3 (4,8%)
	Provavelmente, sim	11 (17,5%)
	Sim	47 (74,6%)

Tabela 4. Análise descritiva das variáveis do atributo 'acesso de primeiro contato' conforme o instrumento 'Primary Care Assessment Tool, 2021' (n=63)

Itens	Categorias	Frequência (%)
Em média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	Não sei ou não lembro	0 (0,0%)
	Com certeza, não	12 (19,0%)
	Provavelmente, não	33 (52,4%)
	Provavelmente, sim	11 (17,5%)
	Sim	7 (11,1%)

Fonte: elaboração própria.

A análise do acesso de primeiro contato mostrou que 69,8% dos profissionais informaram que os serviços de saúde não funcionam aos sábados e domingos, e 50,8% não estão abertos até as 20h em alguns dias da semana. Apesar disso, 61,9% disseram que atendem os pacientes no mesmo dia quando o serviço está aberto. Apenas 17,5% oferecem assistência rápida por telefone, e 57,1% indicaram a falta de um número de telefone para contato fora do horário de funcionamento. Além disso, 66,7% relataram ausência de atendimento no mesmo dia nos finais de semana e 74,6% à noite. No entanto, 74,6% consideram fácil para os pacientes agendarem consultas de rotina.

Discussão

Na avaliação dos atributos da atenção primária em Sinop-MT, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais para ambos os atributos, o que sugere uma percepção relativamente uniforme sobre esses aspectos da APS entre médicos, enfermeiros e odontólogos. Os profissionais de saúde consideraram o atributo de acesso de primeiro contato como insatisfatório, e o atributo de longitudinalidade foi melhor avaliado, sendo considerado satisfatório.

O atributo acesso de primeiro contato verifica a disponibilidade e o funcionamento dos serviços quanto aos seus horários, à existência

de canais de comunicação, além da facilidade para o usuário conseguir consulta e do tempo de espera^{28,37}.

O acesso de primeiro contato foi avaliado pelos profissionais como insatisfatório, mostrando deficiências relacionadas a alguns aspectos que compõem esse atributo, como horários de funcionamento reduzidos e ausência de serviço telefônico. Tais achados estão de acordo com a literatura^{19-27,38-41}, na qual a acessibilidade é apresentada como o atributo com maior avaliação negativa na visão dos profissionais de saúde²⁵, refletindo uma dificuldade comum a ser enfrentada na APS no Brasil.

Diante do cenário desafiador, caracterizado pela alta demanda e por agendas sobrecarregadas, o modelo de Acesso Avançado surge como uma estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde³³. Esse modelo organiza os serviços de maneira que as pessoas possam buscar atendimento nas UBS para qualquer tipo de problema de saúde, seja urgência, atendimento de rotina ou preventivo, e sejam atendidas no mesmo dia ou em até 48 horas^{6,33}. Essa abordagem favorece a continuidade do cuidado, reduz as faltas e contribui significativamente para a diminuição das filas de espera³³.

O modelo de Acesso Avançado busca minimizar o descompasso entre a oferta e a procura dos serviços de saúde, adotando uma abordagem distinta dos sistemas tradicionais de agendamento. Diferentemente

destes, que frequentemente postergam parte das demandas para datas futuras, o Acesso Avançado prioriza resolver as necessidades no momento presente, garantindo, ao mesmo tempo, a preservação da capacidade de atendimento para os dias seguintes. Contudo, ainda há uma escassez de pesquisas nacionais que analisem a efetividade desse modelo e seu impacto na ampliação do acesso à APS³³.

Com a finalidade de entender quais são os pontos que poderiam contribuir para essa avaliação negativa do atributo de acesso por parte dos profissionais, cada componente foi avaliado separadamente. Foi observado que os profissionais relataram não haver serviços disponíveis no período noturno nem nos finais de semana, mesmo quando há necessidade de urgência.

A ampliação do horário de atendimento e a contratação de mais profissionais são estratégias sugeridas para melhorar a acessibilidade e reduzir a superlotação em outros pontos de atenção³⁷.

Diante disso e compreendendo que o MS do Brasil tem, cada vez mais, priorizado a execução de gestão pública com base em esforços empreendidos na implementação de iniciativas que reconheçam a excelência da saúde ofertada à população brasileira, foi lançado o programa Saúde na Hora^{42,43}. A estratégia tem como objetivo principal ampliar o acesso dos usuários às ações e aos serviços ofertados pela APS, porém, vai além e também prevê estender o horário de funcionamento das UBS, ampliando o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nesses espaços, reduzindo, assim, o volume de atendimentos de usuários em UPA e emergências hospitalares^{15,42}.

Essas medidas poderiam não apenas aumentar a capacidade de atendimento das unidades de saúde, mas, também, melhorar a qualidade do serviço prestado, tornando a APS uma verdadeira porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a ampliação dos horários de atendimento

deve ser abordada com uma visão gerencial que considere vários aspectos, tais quais: a viabilidade financeira, a satisfação dos profissionais, a demanda da população e o impacto na qualidade do atendimento^{2,16,44}.

A baixa disponibilidade de aconselhamento telefônico rápido e a ausência de um número de contato para emergências fora do horário de funcionamento configuram-se como pontos críticos a serem considerados para a melhoria do acesso, conforme evidenciado em estudos realizados em Alfenas e Passos, municípios de Minas Gerais^{45,46}. Uma possível solução seria a implantação de teleconsultas, estratégia que tem sido cada vez mais incorporada ao processo de trabalho da APS, especialmente após a pandemia de covid-19. Pensada para aproveitar a tecnologia em benefício dos profissionais, a teleconsulta trouxe inúmeras vantagens aos serviços de saúde, contribuindo para a ampliação do acesso e melhorando tanto a acessibilidade geográfica quanto a organizacional dos serviços^{28,47}.

Porém, no município de Sinop-MT, assim como na maior parte do Brasil, a atenção básica não tem como rotina a utilização de serviços telefônicos para que o usuário entre em contato com o serviço e receba assistência²⁴. Os mesmos resultados foram evidenciados em outros estudos^{20,37}.

Adicionalmente, a investigação conduzida por Oliveira et al.⁴⁸ reforça a existência de uma estrutura inadequada e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fatores que contribuem substancialmente para a precariedade do acesso, uma vez que a integração das redes de atenção é necessária para garantir a efetividade na prestação de serviços de saúde. O uso adequado e o preenchimento correto dos prontuários clínicos eletrônicos, que, no caso de Sinop, é o e-SUS, auxiliariam na comunicação entre os níveis de atenção, reduzindo as dificuldades enfrentadas pela população^{49,50}.

A facilidade observada na marcação de consultas de rotina nas UBS de Sinop-MT

apresenta-se como um aspecto positivo, sugerindo um avanço na organização dos serviços de saúde. Esse progresso pode estar associado às melhorias nas plataformas de agendamento, conforme discutido por Bispo et al.³⁷, que enfatizam a importância da modernização dos sistemas de agendamento para aprimorar o acesso aos serviços de saúde.

No que se refere à avaliação do atributo da longitudinalidade, que aborda questões sobre o vínculo entre profissional e paciente, as características da comunicação, o conhecimento acerca da condição de saúde e social do paciente e se este é sempre atendido pelo mesmo profissional, o presente estudo apresentou-se satisfatório, com média de 6,8, porém, com espaço para aperfeiçoamento. O resultado é semelhante ao de estudos realizados em Goiás e Pará^{24,25,28,50,51}.

Também com intenção de compreender pontos críticos que necessitam de melhorias, cada item foi observado individualmente. Verificou-se que os profissionais relataram que a falta de serviços telefônicos afeta não apenas a acessibilidade, mas, também, a continuidade do cuidado, uma vez que poucos profissionais retrataram que os pacientes conseguem falar com o profissional que os conhece melhor por telefone, o que é evidenciado em outros estudos⁴⁶. Porém, como visto anteriormente, a APS do Brasil, assim como em Sinop-MT, não tem como rotina a utilização de serviços telefônicos para que o usuário entre em contato com o serviço e receba assistência através desse meio²⁸.

Outro ponto observado foi a baixa porcentagem de profissionais que demonstraram conhecer a vida pessoal de seus pacientes, como com quem eles moram ou onde trabalham, evidenciando um vínculo enfraquecido, conforme também é relatado no estudo de Rolim et al.²⁴. Evidência questionável, uma vez que 32 das 35 equipes avaliadas fazem parte da estratégia de saúde da família, devendo, assim, ter um contato mais próximo com seus pacientes em decorrência de atendê-los em consultas subseqüentes,

de discutir os casos em reunião de equipe, ter contato com esses pacientes em grupos e atividades coletivas promovidas na UBS, realizar visitas domiciliares, devendo, dessa forma, estabelecer vínculos como seres humanos, e não apenas a partir da relação profissional-paciente^{17,41}.

A longitudinalidade favorece a construção de um vínculo sólido entre os profissionais de saúde e a população, possibilitando uma relação de cooperação mútua. Dessa forma, o serviço de saúde passa a atuar como referência reguladora do cuidado, sendo reconhecido pela comunidade ao longo do tempo. Esse vínculo promove um conhecimento mais aprofundado das necessidades e dos problemas dos usuários, fortalecendo a aproximação, a confiança e, conseqüentemente, a capacidade de resolver tais questões de maneira mais efetiva⁵².

Um dos possíveis fatores que agravam esse enfraquecimento no vínculo, evidenciado no estudo, além da estrutura inadequada, é a alta rotatividade dos profissionais, que pode prejudicar a continuidade do cuidado, afetar o acolhimento, o conhecimento das necessidades de saúde e a construção de relações de confiança, elementos essenciais para a qualidade do cuidado^{37,46,53}.

Esses fatos podem ser observados no município de Sinop, onde a contratação de profissionais ocorre por meio de processo seletivo, com tempo de contrato de 6 meses e possível renovação por mais 6 meses. Essa característica de contratação, em que não há vínculo empregatício, desfavorece o acompanhamento longitudinal do serviço assistencial, e a relação do profissional com o usuário e do profissional com os demais membros da equipe fica fragilizada²⁶.

Estratégias para melhorar a estabilidade da equipe de saúde e a implementação de ferramentas de comunicação mais eficientes podem ajudar a superar as barreiras atuais e melhorar o atendimento ao usuário. Além do mais, uma longitudinalidade satisfatória está alinhada com a evidência de que pode

levar a melhores resultados em termos de gestão de condições crônicas e adesão ao tratamento^{24,54}.

Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias profissionais avaliadas, diferentemente do que foi evidenciado por Rolim et al.²⁴, que observaram avaliações significativamente menores na percepção dos dentistas nos atributos acessibilidade e longitudinalidade. Tal avaliação possui implicações importantes para a orientação da APS, pois o não conhecimento ou a não aproximação dos problemas de saúde da população e dos serviços por essa classe profissional se evidencia. Fato também percebido em Sinop, onde, até o momento da coleta de dados, os prontuários odontológicos ficavam separados dos prontuários médicos e de enfermagem, e as consultas eram agendadas diretamente com o auxiliar de saúde bucal, e não com a recepção, como é feito com o restante da equipe. Isso se coloca como desafio a ser superado para estabelecer uma relação de proximidade e conhecimento das demandas dos serviços.

Diante de tais achados, observa-se que a garantia da acessibilidade na APS é importante também para o alcance da longitudinalidade do cuidado. Os aspectos negativos da avaliação da acessibilidade podem contribuir para piores avaliações dos aspectos da longitudinalidade.

Este estudo apresenta algumas limitações em decorrência do seu caráter transversal, que não permite inferir a causalidade entre os aspectos observados no processo de trabalho. Além disso, sugerem-se novos estudos que abordem, também, as experiências dos usuários.

Como potencialidade, pode-se citar o uso o instrumento PCATool-BR, ferramenta que permite a avaliação dos atributos separadamente, possibilitando um aprofundamento das reflexões dentro de cada atributo avaliado.

Considerações finais

A melhoria do acesso de primeiro contato é fundamental para que a APS cumpra seu papel como porta de entrada do sistema de saúde e ponto de partida para os outros níveis de atenção, e não sirva apenas para realização de procedimentos simples, dessa forma, auxiliando na ampliação da longitudinalidade e na redução de internações hospitalares desnecessárias.

Para que a APS cumpra seu papel como porta de entrada do sistema de saúde, é necessário ir além da ampliação do horário de funcionamento e da oferta de atendimentos nos finais de semana. A instalação de telefones para facilitar a comunicação também é importante. Para favorecer o acesso, devem ser criadas condições que permitam uma melhor execução do trabalho pela equipe de saúde, incluindo: capacitação adequada dos profissionais, dimensionamento correto da equipe, remuneração condizente com a jornada de trabalho, implantação de protocolos para ampliar o acesso, organização da programação dos serviços e disponibilização de insumos necessários.

É fundamental que essas ações sejam realizadas em parceria com as comunidades, buscando atender às necessidades dos usuários e aprimorar a utilização dos serviços. Um esforço coordenado é necessário para superar as limitações atuais e promover um sistema de saúde mais acessível, contínuo e centrado no paciente.

Colaboradoras

Baptista AKT (0000-0001-9763-7152)*, Flório FM (0000-0001-7742-0255)* e Zanin L (0000-0003-0218-9313)*contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2022 dez 18]; Edição 183; Seção 1:68. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf
2. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Sousa MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? Saúde debate. 2015;39(105):323-336. DOI: <https://www.doi.org.com/10.1590/0103-110420151050002003>
3. Fragelli TBO. Análise das competências profissionais no núcleo de apoio à saúde da família [tese na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013. [acesso em 2025 maio 28]. 176 p. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/slideshow/2013-thas-branquinholiveirafragelli/41730500#30>
4. Raizaro AP. Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária em Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2022. 83 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.17.2022.tde-10042023-131947>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2022 dez 12]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
6. Oliveira LGF. Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde. São Carlos: Pedro & João Editores; 2023. 200 p. DOI: <https://doi.org/10.51795/9786526505793>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo do financiamento do APS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2024 nov 5]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20210617_N_vpManualInstrutivoPrevine_8735032256307120348.pdf
8. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro Ciênc saúde coletiva. 2011;16(supl1):1029-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>
9. Carneiro JLS. O cuidado do idoso na atenção primária sob o olhar da autonomia: um estudo em bairro central da cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020. 187 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.5.2020.tde-11022021-124041>
10. Scherbaty D. A longitudinalidade do cuidado em equipes da estratégia saúde da família que implementaram o acesso avançado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022. 97 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.7.2022.tde-30102024-171231>
11. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. Recis [Internet]. 2013 [acesso em 2024 nov 5];7(4). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572/1213>
12. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). BMJ Open. 2019;9(1):e023283. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023283>
13. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000;105(4):998-1003. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.105.S3.998>
14. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Fam Pract [Internet]. 2001 [acesso em 2022 nov 2];50(2):161-64. Disponível em:

<https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>

15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2023 jan 5]. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avalicao_pcatool_brasil.pdf
16. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
17. Lima SCS. Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família da regional norte de Teresina/PI: avaliação a partir do usuário adulto [dissertação na Internet]. Fortaleza: Rede Nordeste em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará; 2014 [acesso em 2025 maio 31]. 69 p. Disponível em: <https://repositorio.renasf.fiocruz.br/teses-e-dissertacoes/orientacao-familiar-e-comunitaria-na-estrategia-saude-da-familia-na-regional-norte-de-teresina-pi-avaliacao-a-partir-do-usuario-adulto/>
18. Freitas CGM, Silva TCL, Gomes NPCP. Avaliação da rede de atenção primária do município de Recife – PE sob a ótica de um grupo de usuários. *RAS*. 2021;19(67):314-28. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n677566>
19. Machado GA, Dias BM, Silva JJ, et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00973. DOI: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A000973>
20. Alves ADN, Coura AS, França ISX, et al. Access of first contact in the primary health care: an evaluation by the male population. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200072. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>
21. Pinto ESG, Scatolin BE, Beralto AA, et al. O agente comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(3):519-26. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.20926>
22. Gomes MFP. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família das comissões intergestores regionais de Alto Capivari e Alta Sorocabana-SP [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. [acesso em 2025 maio 31]. 236 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10092017-151726/>
23. Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(3):1-13. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7108>
24. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, et al. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>
25. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. *Rev Bras Epidemiol* 2020;23:E200014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200014>
26. Costa APB, Guerra MR, Leite ICG. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3085. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3085](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085)
27. Bomfim RA, Leite HQNC, Zafalon EJ, et al. Attributes of primary health care in Mato Grosso do Sul state: PCAT-Brazil paired for users and health professionals, 2018. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(972). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08363-x>
28. Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz APRG, et al. Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil. *Rev Bras En-*

- ferm. 2020;73(sup15):e20200128. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0128>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2024 maio 10]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
30. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPS-Cadastro.xhtml>
31. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):361-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>
32. Liporaci ER. Saúde bucal e qualidade de vida em atletas com deficiência física de membros superiores e inferiores [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023. 76 p. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.23.2023.tde-13062024-114636>
33. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, et al. O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma unidade básica de saúde de estratégia saúde da família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2111)
34. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. Version 4.0.4. [sem local]: The R foundation. 2021 Feb 15 [acesso em 2025 jan 15]. Disponível em: <https://www.R-project.org>
35. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
36. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 2019 abr 11 [acesso em 2025 jan 5]; Edição extra 70-A; Seção 1:5-6. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/04/2019&jornal=600&pagina=5&totalArquivos=17>
37. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, et al. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180863. DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>
38. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)
39. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):275-80. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>
40. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *SANARE [Internet]*. 2016 [acesso em 2024 jun 26];15(2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
41. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
42. Sampaio CAB. Programa Saúde na Hora: análise do perfil do usuário que acessa a atenção primária à saúde, no horário estendido, por região do Brasil [dissertação na Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2022 [acesso em 2025 jun 4]. 95 p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/46239>

43. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Documento síntese para avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
44. Kasper M, Fortuna CM, Monceau G. A atenção primária à saúde com o programa saúde na hora (Brasil) e com a Maison de Santé (França): atenção integral à saúde? In: Anais do 2º Congresso Luso-Brasileiro de Atenção Integral à Saúde (on-line); 2022 dez 10-11; Triunfo, PE. Triunfo, PE: Omnis Scientia; 2022. p. 58-61. DOI: <https://www.doi.org.com/10.47094/978-65-5854-979-6>
45. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp):126-32. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>
46. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4). DOI: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>
47. Zluhlun LS, Amadigi FR, Machado RR, et al. Percepção dos enfermeiros sobre teleconsulta de enfermagem na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220217. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0217pt>
48. Oliveira KNS, Santos YCS, Pinto AGA, et al. Instrumentos para avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Meta: Avaliação*. 2023;15(46):194-213. DOI: <http://doi.org/10.22347/2175-2753v15i46.3875>
49. Bastos EPB, Pinto LF. Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29:e04002024. DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04002024>
50. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, et al. Pron-tuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2013 [acesso em 2024 nov 5];37(96):43-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xLMq3HyhgqNwhX6y3jppNff/#>
51. Figueira MCS, Silva WP, Marques D, et al. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. *Saúde debate*. 2020;44(125):491-503. DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-1104202012516>
52. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 2024 abr 10]. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
53. Martins P. Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primária à saúde [dissertação na Internet]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2012 [acesso em 2025 jun 4]. 183 p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/29140>
54. Silva IC. Percepção do acesso avançado em uma estratégia de saúde da família do norte do Rio Grande do Sul [monografia na Internet]. Passo Fundo: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2021 [acesso em 2025 jun 4]. 90 p. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4457>

Recebido em 21/01/2025

Aprovado em 07/03/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos